FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges HIRSCH
Né à Paris, le 7 décembre 1866

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. PIERRE MARIE, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, VIe

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FILS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

Professeur de Clinique des maladies nerveuses

Hommage respectueux pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Professeur de Clinique des maladies mentales

Qui nous a donné le sujet de cette thèse, et nous a toujours honoré de sa bienveillance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TROISIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

A MES MAITRES ET AMIS

MESSIEURS LES DOCTEURS TINEL, DI CHIARA
BOUDON MOREL-LAVALLÉE (*In memoriam*)

En présentant cette thèse inaugurale, nous venons rendre hommage aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études au cours de nos stages dans leurs services hospitaliers.

Nous devons une reconnaissance toute particulière à notre regretté maître, le professeur Gilbert Ballet, dont nous avons suivi pendant plusieurs années l'enseignement à l'Hôtel-Dieu et à l'Asile clinique.

Une mort prématurée l'a enlevé à l'affection des siens, de ses nombreux élèves et au progrès des sciences mentales. Il avait bien voulu nous inspirer ce sujet de thèse et nous espérions lui en voir présider la soutenance. La mort ne l'a pas permis et nous conserverons toujours avec une émotion pleine de gratitude le souvenir de ses leçons.

Nous adressons également l'expression de notre respectueuse reconnaissance à nos professeurs, Messieurs les Drs Troisier, professeur agrégé, Pierre Bazy, professeur de clinique chirurgicale, Laignel-Lavastine, professeur agrégé, Lequeux, professeur agrégé et Bonnaire, professeur en chef de la Maternité dans le service duquel nous avons recueilli deux de nos observations.

Nos remerciements vont aussi aux amis qui ont facilité notre tâche en nous permettant de recueillir

ou de compléter des observations sur leurs malades : M. le Dr Boudon, chef de clinique à Sainte-Anne, M. le Dr André Boutet, interne à Sainte-Anne et M. le Dr Baudouin, interne à Ville-Evrard.

A tous, maîtres et amis, nous dédions ce modeste travail, espérant qu'ils en voudront bien accepter l'hommage reconnaissant.

Que M. le professeur Pierre Marie, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive le tribut de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE

DES PSYCHOSES

D'ORIGINE PUERPÉRALE

Les différentes phases de la vie génitale de la femme ont une influence indiscutable sur son état psychique. La puberté, la grossesse, l'accouchement, les suites de couche, le sevrage et la ménopause sont des états physiologiques normaux. Les troubles mentaux qui peuvent apparaître à ces moments présentent la plus grande variété. Il nous semble impossible de les considérer comme causés uniquement par les modifications profondes qui affectent l'organisme de la femme pendant ces phases normales.

Rappelons tout d'abord que notre maître, le regretté professeur Gilbert Ballet, a démontré qu'on ne peut plus accepter les folies puerpuérales comme entité nosographique définie. Il a établi une classification des troubles mentaux survenant chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou nourrices :

1° Urémie délirante, dont la cause est une intoxication ;

2° Délires avec ou sans pyrexie, dont la cause est une intoxication ou une infection ;

3° Délires avec ou sans pyrexie chez des femmes dont l'hérédité ou le passé nerveux sont chargés. Ce sont, la plupart du temps, des vésanies banales survenant chez des hérédopsychopathes ou des dégénérées. La puerpéralité ne joue alors que le rôle d'une cause occasionnelle. C'est un véritable déclic qui met en mouvement un processus dont l'évolution avait été entravée jusqu'alors, comme dans les suites psychopatiques du choc émotif ou des traumatismes ;

4° Accès de manie mélancolique avec confusion mentale chez des éclamptiques ou des infectées présentant des symptômes de lésions rénales (on retrouve presque toujours dans ces cas une maladie infectieuse antérieure) ;

5° Accès de manie mélancolique avec confusion mentale dans les mêmes conditions, chez des malades qui n'ont de passé pathologique ni dans leurs antécédents familiaux, ni dans leurs antécédents personnels.

Ces deux dernières catégories forment une classe spéciale dans laquelle il est plus difficile de déterminer avec certitude les causes réelles des troubles mentaux.

Nous venons contribuer modestement à l'étude de cette question en présentant quelques observations que nous avons essayé de réunir dans les groupes de classification de M. le professeur Gilbert Ballet. Ces observations m'ont été pour la plupart obligeamment communiquées par des maîtres et des

amis. Nous y ajoutons quelques observations personnelles faites dans le service de l'un de nos maîtres, M. le professeur agrégé Bonnaire. Nous avons pu suivre certaines malades pendant assez longtemps pour nous confirmer dans la conviction que les troubles psychiques survenant à l'occasion de la puerpéralité sont en général graves, de longue durée, et souvent cycliques surtout dans les cas de névroses antérieures et que alors les guérisons paraissent très rares. En conséquence, pour des malades de cette catégorie, le pronostic doit toujours être réservé quant à la curabilité absolue, principalement chez les malades de la quatrième classe.

Nous pouvons voir en effet, tant par les observations publiées dans les thèses de Dupouy et de Privat de Fortunié, que par deux des nôtres, que lorsqu'on peut reconnaître et traiter par une thérapeutique appropriée les causes exactes des troubles psychiques chez les non-prédisposées il est possible d'obtenir soit des guérisons, soit des améliorations tandis que l'on arrive généralement à des insuccès lorsque le terrain est trop favorable, soit par suite d'une hérédité psychopathique, soit par suite de tares personnelles antérieures. Parmi ces causes l'une de celles que l'on peut incriminer quand on ne trouve ni infection ni auto-intoxication est l'anémie cérébrale plus ou moins passagère.

Nous voyons en effet que le professeur Pinard se basant sur les recherches d'Andral et de Gavarret admet que la grossesse non seulement prédispose mais

même conduit la femme à une déglobulisation très appréciable. Si cette anémie n'est pas compensée par un apport équivalent provenant de la suralimentation, de l'hygiène et du repos ; si au contraire elle se trouve aggravée par des fatigues, des excès de travail, des émotions et des soucis pénibles et prolongés, elle produira presque fatalement son plein effet sur les fonctions cérébrales. C'est l'opinion du professeur Magnan (Leçons sur la folie puerpérale (*Gazette médicale*, 17 mars 1877). C'est également celle de Marcé Parmentier qui a étudié les troubles mentaux dus à l'anémie et à la chlorose, reconnaît formellement après Potain une tendance à la torpeur et à la mélancolie. C'est aussi l'avis de Fauconneau dans sa thèse, *De la folie d'origine cardiaque*. Suivant l'état de vaso-constriction ou de vaso-dilatation des vaisseaux de l'encéphale, suivant l'état d'anémie ou de congestion du cerveau on verra éclore des phénomènes de stupeur, d'abattement, de mélancolie ou au contraire d'excitation plus ou moins violente.

La littérature médicale ne manque pas de faits à l'appui de cette opinion, tel le cas de Louyer Vuillernay cité par Marcé.

Rien ne prouve d'ailleurs que cette question de la circulation cérébrale n'est pas l'explication véritable des phénomènes psychopatiques consécutifs aux infections ou aux auto-intoxications puerpérales ou autres.

Nous savons bien en effet que les fièvreux ont du

délire, de l'agitation lorsque l'infection atteint un certain degré, mais nous savons également que certaines toxines injectées chez l'animal produisent des phénomènes de paralysie et certaines autres des phénomènes d'excitation.

Ces toxines s'accompagnent en même temp de vaso-dilatation ou de vaso-constriction du côté des centres nerveux ; quoi d'étonnant par conséquent à ce que les toxines secrétées par les agents pathogènes des infections puerpérales produisent ces effets troubles vaso-moteurs.

Dans les cas d'auto-intoxication également il n'est pas illégitime de penser que les substances résorbées par suite d'un mauvais fonctionnement du foie ou des reins, voire des ovaires et du corps thyroïde ou d'autres organes encore agissent de la même manière.

Quoiqu'il en soit de cette hypothèse on peut admettre que chez un certain nombre de malades n'ayant présenté ni infection ni auto-intoxication décelable et pour lesquels il n'y a pas de passé pathologique nerveux ni du côté héréditaire ni du côté personnel, l'anémie peut être considérée comme la cause réelle des délires mélancoliques avec torpeur, somnolence, asthénie, idées de suicide.

Beaucoup de médecins pratiquant les accouchements ont eu l'occasion de constater de tels phénomènes chez des accouchées épuisées par de grandes hémorragies, mais ils sont généralement tout à fait passagers et l'on ne peut pas leur donner le nom de

psychoses car ils ne sont vraiment que des symptômes d'un état de faiblesse trop considérable et, si le terrain neurologique du malade n'est pas préparé par l'hérédité ou par des accidents antérieurs, ils ne tardent pas à céder à une thérapeutique judicieuse : au contraire ils ne pourront que se développer et prendre un caractère permanent chez des sujets à antécédents neuropathiques ou placés dans des conditions de misère morale ou physiologique appropriées.

Les observations de folie ou de manie au cours de la grossesse ou après l'accouchement, à l'occasion de l'allaitement ou de la menstruation ont été publiées en assez grand nombre depuis ces dernières années, la thèse de Privat de Fortunié et celle de Dupouy en présentent d'intéressantes que nous allons résumer et auxquelles nous joindrons celles qui nous ont été obligeamment communiquées ou que nous avons pu recueillir personnellement. Nous allons diviser ces observations en plusieurs catégories :

1° Celles de malades ayant présenté des troubles psychopathiques après accouchement à la suite d'infections puerpérales, avec ou sans antécédents névropathiques ;

2° Celles de malades ayant présenté des troubles attribuables à des auto-intoxications pendant la grossesse, à l'accouchement, pendant l'allaitement ou à la ménopause ;

3° Celles de malades ayant présenté des troubles

après l'accouchement sans infection ni auto-intoxications apparentes et ayant eu ou non des hémorragies ou une anémie grave concomitante.

PREMIER GROUPE

TROUBLES ATTRIBUABLES NETTEMENT A L'INFECTION PUERPÉRALE

a) Infection de l'utérus

OBSERVATION I (Privat)

Marie O... Antécédents héréditaires : famille nerveuse. Accouchement. Infection puerpérale ayant nécessité un curettage, puis ensuite une arthrite tibio-tarsienne ayant nécessité une intervention chirurgicale de l'énucléation de l'astragale.

Cette malade a présenté du délire mélancolique puis des idées de persécution et enfin de l'exaltation avec refus d'aliments.

Cet état mental a suivi une marche exactement parallèle à celle de l'infection et de la température. La malade guérit au bout de trois mois.

OBSERVATION I (Privat IV)

Mathilde K... Antécédents personnels : première crise ayant duré trois mois antérieurement à la grossesse. Accouchement. Infection. Fièvre. Excitation, bavardage, refus d'aliments. Quelques jours après l'accouchement la malade présente un abcès du sein. On l'envoie en chirurgie où le Dr Picqué opère un curettage de l'utérus et l'incision de l'abcès du sein.

L'infection persiste, l'état général reste aussi mauvais et les troubles psychopathiques aussi violents. La malade fait des escharres fessières. Nouvelle incision et drainage de l'abcès du sein. L'état général et l'état mental s'améliorent parallèlement et la malade sort guérie au bout de sept mois.

OBSERVATION II (Privat VIII)

Marie O... Antécédents héréditaires : nuls ; antécédents personnels : épilepsie.

Albuminurie légère pendant la grossesse. Accouchement normal. Au bout de quelques jours infection utérine. Fièvre violente. Délire, excitation maniaque avec phénomènes convulsifs. La malade meurt dans le coma.

OBSERVATION III (Privat X)

Alice S... Antécédents héréditaires et personnels : nuls. Accouchement normal, grande hémorragie. Infection utérine ; crises d'agitation, délire ; la malade chante, crie, elle a des hallucinations. Au bout de quelques jours on découvre des abcès métastatiques à localisations variées que l'on est obligé d'inciser et de drainer. L'état mental s'améliore peu à peu et la malade finit par guérir.

OBSERVATION IV (Privat XII)

Alexandrine Z..., vingt-sept ans. Antécédents héréditaires ou personnels : néant. Accouchement normal. Infection utérine et déchirure du périnée. La malade est hospitalisée pour délire maniaque avec agitation violente ; elle crie, elle tente de mordre son entourage, elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe et finit par succomber à la violence de l'infection.

OBSERVATION V (Privat XXIII)

Élise L..., trente-deux ans. Antécédents héréditaires : mère morte aliénée ainsi qu'une sœur d'un autre lit. Antécédents personnels : chorée. Accouchement normal le 19 août. Entre à Sainte-Anne le 23 août pour délire maniaque, excitation. La malade crie, elle déclame. A l'examen gynécologique on découvre de l'infection de l'utérus. Au bout de quelques jours l'état mental se modifie il y a de la stupeur, de l'obtusion intellectuelle avec mutisme.

La malade est curetée le 5 août et elle est guérie le 2 décembre.

OBSERVATION VI (Privat XXVII)

Juliette H..., vingt-sept ans. Cette malade lors de son entrée a déjà eu trois accouchements qui ont provoqué deux accès psychopathiques antérieurs.

Accouchée le 3 février elle entre à Sainte-Anne le 21 août 1903 avec le diagnostic, agitation maniaque, insomnie, incohérence.

A l'examen de l'utérus on trouve des ulcérations infectées du col. On pratique un curettage, mais malgré cette intervention, peut être trop tardive, l'état mental persista sans changement.

OBSERVATION VII (Privat XXVI)

Louise P..., blanchisseuse, trente-deux ans. Antécédents héréditaires : nuls ; personnels : habitudes alcooliques.

Accouchement normal en mai 1904. Au commencement d'août se manifeste la premiète crise de troubles mentaux et la malade est internée pour confusion mentale, hallucinations.

A l'examen on constate de légères lésions du col et on

institue un traitement chirurgical. Mais malgré tout les troubles persistaient encore avec une légère amélioration six mois après.

OBSERVATION VIII (Privat XIX)

Valentine B..., accouchée le 14 décembre 1903, entre à Sainte-Anne le 11 janvier suivant.

Deux jours après son accouchement elle a eu de la fièvre et elle a commencé à présenter des troubles mentaux. A l'hôpital elle a des alternatives d'excitation et de dépression. Tantôt elle crie, elle chante, déchire son linge, tantôt au contraire elle pleure, elle croit qu'on veut l'empoisonner.

A l'examen on trouve des pertes utérines suspectes. On pratique le curettage, l'état mental s'améliore et la malade sort guérie le 3 février 1904.

OBSERVATION IX (Privat XXII)

Gabrielle K..., accouchée le 14 octobre, entre le 11 janvier suivant à Sainte-Anne pour mélancolie, anesthésie locale, hallucinations et mutisme intermittent et par intervalles périodes d'excitation.

A l'examen on trouve un utérus gros et infecté, on pratique un curettage le 3 février et la malade sort quelque temps après très améliorée.

OBSERVATION X (Privat XXV)

Louise K..., accouchée le 1er octobre 1902, entre à l'hôpital le 25 juillet 1902. Elle a commencé à présenter des troubles six semaines après son accouchement. Actuellement elle présente une obnubilation générale avec des hallucinations terrifiantes, des alternatives de dépression et de calme. On trouve à l'examen le sein droit très engorgé et de la galactorrhée, le col est ulcéré et infecté. Passée en chirurgie le

14 août, on lui fait un curettage mais l'état démentiel ne s'est pas modifié à la suite de l'opération.

OBSERVATION XI (Privat XI)

Clémence L... Epilepsie antérieure. Accouche le 3 janvier. Entre à Sainte-Anne le 10 février. Depuis son accouchement elle est mélancolique avec impulsion au suicide. Examinée on trouve des lésions de métrite cervicale. On l'envoie en chirurgie où elle est curettée le 14 avril et elle sort guérie le 26 mai.

OBSERVATION XII (Privat XV)

Julie L... a accouché le 27 avril 1905, et après son accouchement elle montre des idées délirantes, de la préoccupation maniaque. Entrée à l'hôpital le 17 septembre pour excitation maniaque, insomnie, idées de persécution. A l'examen gynécologique on trouve des lésions d'infection utérine. Curettée le 22 septembre elle sort guérie le 8 novembre.

OBSERVATION XIII (Privat XXX)

N..., trente-quatre ans. Démence catatonique. Quinze jours après son dernier accouchement cette malade a eu de la fièvre avec délire hallucinatoire aigu. Entrée à Ville-Evrard elle présente de l'agitation catatonique, des attitudes bizarres, de la jargonophasie, puis affaiblissement mental, démence.

OBSERVATION XIV (XXIII)

Elise L... Antécédents personnels : a déjà présenté à deux reprises après des accouchements antérieurs des troubles mentaux.

Accouchée de son dernier enfant le 12 janvier, elle entre à Sainte-Anne le 6 février avec un certificat portant : Dépression mélancolique, idées hypochondriaques et de persécution, tentatives de suicide. A l'examen on trouve l'utérus gros et le col déchiré. Le curettage est pratiqué et la malade sort le 8 novembre très améliorée.

OBSERVATION XV (Privat XXVIII)

Eulalie T... Antécédent héréditaires : mère folle. Antécédents personnels : typhoïde, albuminurie au cours de grossesses antérieures qui ont été presque toutes anormales ayant abouti deux fois à une fausse couche et une fois à un accouchement d'enfant mort né. Syphilis probable. Le dernier accouchement, le seul ayant donné un enfant vivant, a eu lieu en octobre 1902 et cinq mois après elle a commencé à délirer.

Entrée dans le service le 26 août 1903 pour délire mélancolique, mutisme, tendance au suicide. A l'examen gynécologique on trouve peu de lésions. Il est fait un curettage, mais malgré l'intervention les troubles persistaient encore en février 1904.

B. — Infection d'autres parties

OBSERVATION XVII (Privat VI)

Marie H... Après accouchement d'un enfant mort né, la malade a eu de la fièvre et il s'est déclaré un rhumatisme articulaire aigu. La malade devient très agitée, elle crie, elle a de la confusion mentale et les troubles pathologiques se terminent par la mort.

OBSERVATION XVIII (Privat VI)

Elise M... Antécédents personnels : a déjà présenté trois fois des accès de troubles psychopathiques à la suite d'infec-

tions diverses ; abcès dentaires, abcès parotidiens, etc. Accouchement normal ; huit mois après la malade souffre d'un abcès du sein et présente des accès de délire mélancolique et de la confusion mentale. On l'envoie en chirurgie où il est procédé à l'incision et au drainage de l'abcès et ensuite un peu plus tard à un curettage. L'état général ne tarde pas à s'améliorer et l'état mental parallèlement. La malade sort guérie neuf mois après l'opération.

OBSERVATION XIX (Privat IV)

Jeanne C... vingt-six ans. Antécédents héréditaires : père alcoolique ; sœur nerveuse. Antécédents personnels : a toujours été nerveuse.

Après son accouchement elle présente de la fièvre, du délire avec excitation et peu après il se forme un abcès du sein. Cet abcès est traité chirurgicalement et aboutit à la guérison. L'état général et l'état mental s'améliorent progressivement et au bout de onze mois les troubles psychopathiques ont complètement disparu.

OBSERVATION XX (personnelle)

R... Rose, femme B..., sans profession, trente-trois ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort était très sobre. Mère très forte, sobre, rien d'anormal.

A deux frères et cinq sœurs tous vivants et normaux, très intelligents.

Une des sœurs est jumelle de la malade et dans leur enfance elles avaient une grande ressemblance intellectuelle. Physiquement la similitude était telle au dire de la malade qu'en se regardant côte à côte dans une glace elles ne se distinguaient pas l'une de l'autre.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à l'âge de vingt-huit ans où elle aurait eu un accès de dépression mélancolique d'une durée de six mois.

En 1905, c'est-à-dire à l'âge de trente ans, a eu une fausse couche qui nécessita un curettage.

La grossesse qui vient de se terminer a été bonne, pas de vomissements ni de crises d'éclampsie ; pendant le neuvième mois la malade a été particulièrement fatiguée ; peut-être y avait-il un peu d'hydramnios d'origine inconnue qui aurait nécessité une version.

Accouchement le 14 mai 1908.

L'accouchement se fait normalement et assez facilement, enfant vivant du sexe masculin pesant sept livres.

Le jour même grande fatigue consécutive.

Le troisième jour elle apparaît très nerveuse et cette nervosité persistera.

La température oscille de 37 à 37°6.

Le 20 et le 21 apparaissent des crevasses du sein qui peut-être ont été la porte d'entrée d'une infection.

Température le 20 : 38°2

Température le 21 : 38°2.

La malade est toujours nerveuse, la température baisse un peu pendant les jours suivants puis le 28 mai elle remonte à 38°2.

Elle commence à devenir extrêmement agitée ; elle se déshabille complètement, se montre très familière avec le médecin qui la soigne : elle mord et frappe ceux qui veulent la maintenir. Elle reconnaît très bien ceux qui l'entourent, pas de délire, orientation parfaite. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

La malade est vue en consultation par M. le Dr Brindeau, agrégé, qui la considère non pas comme une agitée infectée, mais comme une nerveuse avec insuffisance rénale et hépatique.

Le 29 mai elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Ballet.

La malade est très agitée, elle ne veut garder sur elle aucun vêtement, elle mord violemment une des infirmières et se montre très grossière.

A 7 heures du soir on lui donne un bain d'une demi-heure

pour la calmer ; à 9 heures elle s'endort jusqu'à 2 heures du matin, tout le reste de la nuit elle est très agitée, giffle, mord, insulte les infirmières, défait son lit et refuse de rester couchée. Température 37°4 à 2 h. 1/2 du matin.

Cris et un peu de délire ; cependant elle comprend qu'elle est à l'Hôtel-Dieu.

30 mai. — La malade a été très agitée toute la journée : elle se lève à chaque instant, jette sa literie par terre, retire sa chemise ; elle dit des grossièretés, pince et mord les infirmières qui s'approchent d'elle.

Désorientation complète ; elle demande où elle est, si elle est mariée, dit qu'elle n'a que deux ans.

Nuit très agitée, sommeil par intervalles de deux à trois heures d'excitation coupés par des périodes. Le bain la calme un peu, l'interne lui fait mettre les entraves.

31 mai. — L'agitation persiste aussi vive. La malade est difficile à alimenter.

1er, 2, 3 juin. — La malade est toujours très agitée, les bains la calment un peu et elle est très affaiblie. On lui fait des injections quotidiennes de 200 grammes de sérum artificiel et lavement nutritif. La malade délire et l'affaiblissement l'oblige à garder le lit une partie de la journée. Sommeils courts et périodes d'excitation violente et maniaque avec délire.

Pendant les journées suivantes, 4, 5, 6, 7 juin, la malade, très abattue, est toujours agitée avec délire et peu de sommeil, elle pleure, elle se plaint, dit qu'elle souffre et qu'elle voudrait mourir.

Un abcès de la parotide en voie de formation est peut-être la cause de ces souffrances. Injections de sérum et lavement nutritif quotidiennement.

8 juin. — La malade n'a pas dormi de la nuit, mais reste assez calme avec délire persistant. Incision de l'abcès parotidien.

9 juin. — Délire tranquille, la malade veut se lever par moment. Nouvelle incision de l'abcès parotidien. Injection

d'huile camphrée. Nuit calme, la malade a dormi une partie de la nuit.

10, 11, 12, 13 juin. - Même état, la malade ne pleure plus et ne se plaint plus, délire tranquille, garde le lit et chante presque continuellement,

14-15 juin. — La malade a dormi un peu mais elle se plaint et elle recommence à être agitée, continue à chanter.

Du 16 au 20 juin, l'agitation devient de plus en plus vive, la malade crie, pleure, chante, elle recommence à injurier les infirmières ; insomnie presque complète.

Depuis le 20 juin jusqu'aux premiers jour de juillet, la malade continue à être extrêmement agitée, elle crie, vocifère, veut arracher son pansement; quelques nuits sont plus calmes mais il y a beaucoup d'insomnie, refuse toujours de s'alimenter.

5 juillet. — La malade est toujours très agitée, mais les nuits sont meilleures, elle a consenti à s'alimenter un peu.

La situation reste la même jusque vers le 15 juillet, la malade très agitée le jour pousse des cris et veut défaire son pansement,mais les nuits sont calmes et elle dort assez bien.

Du 15 à fin juillet, l'agitation est toutjours aussi vive et les nuits sont devenues moins bonnes, insomnie presque continuelle, quelquefois la malade pleure ou chantonne,elle appelle son bébé.

Jusqu'au 12 août, l'agitation et l'insomnie persistent. Après cette date la malade devient plus calme et commence à dormir assez bien la nuit jusqu'au 17 août.

Du 17 août au 6 septembre, journées très agitées, cris, grossièretés, insultes aux personnes qui l'entourent Les nuits sont presque sans sommeil.

Du 6 au 18 septembre, la malade devient plus calme le jour et les nuits sont assez bonnes.

18 septembre. — La malade assez calme entre à la salle des Rideaux, elle pèse 43 kilos. Elle en sort le 9 octobre assez calmée et pesant 46 kilos.

DEUXIÈME GROUPE

TROUBLES PAR AUTO-INTOXICATION

Nous ne citerons que pour mémoire les observations rapportées par Esquirol (2 obs.), Guislain, Belhomme, Landouzy, Loiseau (2 obs.), Courot, Hannion, de troubles psychopathiques concomitants avec les troubles de la menstruation ; nous retrouvons des observations plus récentes chez Dupouy (thèse de Paris, 1904), observations I, II et III, relatives à des malades chez lesquelles le défaut d'écoulement régulier provoque des délires et des psychoses momentanées. L'observation IV se rapporte à une malade chez qui la ménopause a provoqué de la mélancolie, du délire et des hallucinations. L'observation VI nous présente le cas d'une femme ayant eu des troubles après accouchement, ces troubles ont disparu, mais longtemps après la ménopause amène une récidive.

Ces cas relèvent évidemment d'une auto-intoxication due à la rétention de produits toxiques qui normalement doivent être excrétés par le flux menstruel, mais ils ne se rapportent pas directement au *post-partum*. Ceux qui suivent, au contraire, y sont intimement liés.

OBSERVATION XX (Privat V)

Cette malade entre dans le service pour délire mélancolique, hallucinations, puis stupeur et coma. Son urine renferme une grande quantité d'albumine, elle a eu des crises d'éclampsie. L'état s'aggrave rapidement et la malade meurt.

OBSERVATION XXI (Privat VII)

Marie A..., accouchée le 27 mai, entre le 4 juin pour délire aigu ; la température a oscillé dans de très grandes limites et son état mental était très variable, tantôt agitée, inquiète, tantôt calme. La malade meurt le 20 juin et à l'autopsie on trouve des ulcérations tuberculeuses du gros intestin et de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXII (Privat XI)

A... Accouchement au forceps avant terme, la malade présente de l'œdème. Quatre jours après l'accouchement elle délire, elle a de l'excitation et de l'incohérence, puis les troubles tournent à la confusion et au délire mélancolique. Finalement son état général s'améliore et en même temps son état mental et elle finit par guérir.

OBSERVATION XXIII (Privat XXIX)

Julie D..., dix-neuf ans, accouche le 13 avril et son retour de couches se produit le 13 mai. Le 25 mai, elle a de l'albumine et commence à être agitée et à tenir des propos incohérents. Le 30 mai, elle présente de la confusion, du gâtisme, sa température est de 38 degrés. Le 1er septembre, on trouve dépression, immobilité, mutisme. Le 30 janvier 1904, elle

présente un caractère démentiel avec rires, attitudes stéréotypées, diminution de la sensibilité et cet état démentiel persistait encore le 30 juillet.

OBSERVATION XXIV (Dupouy X)

Cette malade avait eu de la chorée. Après son premier accouchement elle présente de l'excitation maniaque puis une obtusion intellectuelle; ces troubles guérirent. Après son deuxième accouchement elle présenta de nouveau de la chorée et de l'excitation maniaque qui guérirent progressivement.

OBSERVATION XXV (Privat XVIII)

Céline C..., vingt ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — A toujours été nerveuse. Accouchement un peu prématuré, mais l'enfant est vivant. Aucun accident. Au bout de quelques jours la quantité de lait diminue et la mère est obligée de cesser de donner le sein à l'enfant. Presque immédiatement après la cessation de l'allaitement la malade présente du délire mélancolique puis de la loquacité, de l'insomnie et des hallucinations. Elle a également des pertes utérines, on fait un curettage, mais la situation ne s'améliore pas et la malade meurt.

OBSERVATION XXVI (Dupouy XII)

Cette malade, après son accouchement qui a été très normal, est envoyée à Sainte-Anne pour des accès de délire maniaque avec excitation. On ne trouve ni infection ni albumine, mais l'examen complet montre une hypertrophie très appréciable portant sur le lobe droit du corps thyroïde, ce qui laisse supposer une insuffisance fonctionnelle de cet organe.

OBSERVATION XXVII (Dupouy XIII)

Cette malade a des accès de manie aiguë depuis son accouchement qui a été normal : accouchée le 4 février elle est entrée à Sainte-Anne le 15 mars. Elle est très exaltée, très grossière, elle insulte le personnel et dit des obscénités. Elle a de la confusion mentale. Envoyée à Maison Blanche avec le certificat suivant : obtusion intellectuelle considérable, ne peut fournir aucun renseignement, ne sait ni où elle est ni d'où elle vient. Croit avoir un enfant ; erreur de la personnalité. Cette malade présente tous les signes d'une hérédité pathologique, elle a des stigmates de dégénérescence, de l'asymétrie faciale, les dents mal plantées. Amélioration. Sortie le 10 juin.

OBSERVATION XXVIII (Personnelle)

(Service de M. le Dr Dagonet)

Récidive de manie après trente-six ans chez une malade atteinte de manie d'origine puerpérale

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par M. le Dr André Boutel, interne de l'Asile clinique qui a présenté la malade à la Société de Pychiâtrie en janvier 1913.

L'Encéphale de février 1913 a publié sur ce sujet le compte rendu du Dr André Boutet.

Voici l'histoire de la malade :

Mme R..., âgée de soixante-deux ans, ne paraît avoir eu, suivant les renseignements fournis par son mari, aucun ascendant ni parent collatéral atteint de troubles mentaux quelconques.

Elle a toujours joui d'une bonne santé : réglée à quatorze ans, mariée à vingt-deux, elle accouche un an après, le 8 juin 1873, d'un garçon, accouchement pénible, mais naturel.

Elle essaye d'allaiter pendant huit jours. A ce moment se manifeste une agitation extrême avec incohérence, loquacité, cris sans raison ; chants, mouvements désordonnés, bris des objets qu'elle peut atteindre, insomnies, refus des aliments.

Le 27 juin elle est internée à Sainte-Anne sur certificat du Dr Lasègue.

Jusqu'au mois de novembre, il n'y a pas de modifications de son état. A cette époque les troubles s'amendent et finissent par disparaître. Les règles reviennent pour la première fois depuis l'accouchement et la malade sort guérie le 26 novembre 1873 après un internement de cinq mois.

Rien à signaler pendant deux années.

Mai 1876. — Nouvell accouchement très facile, non suivi d'allaitement. Huit jours après l'état maniaque reparaît avec agitation extrême, injures, voies de fait sur ses proches, bris de ses meubles, cris, insomnies, refus d'aliments.

Elle est de nouveau internée à Sainte-Anne.

22 mai 1876. — Son état reste sans modification jusqu'au mois d'octobre. A ce moment les troubles s'atténuent, les règles reparaissent.

10 novembre 1876. — La malade sort guérie de l'asile après un traitement qui a duré cinq mois comme le premier.

Nouveaux accouchements en 1877, en 1884 et en 1892. Ce dernier fut pénible avec application de forceps et fut suivi d'une période d'allaitement assez longue.

A la suite de ces accouchements Mme R... ne manifeste aucun trouble mental.

En 1904, Mme R... est victime d'un accident de tramway ayant occasionné un violent traumatisme. Le certificat d'origine de blessures mentionne une bosse sanguine de la région occipitale, des douleurs sans lésions apparentes dans la région dorsale droite et les hanches.

Depuis cette époque la malade conserve un affaiblissement des sphincters qui l'oblige à prendre des précautions continuelles.

Elle refuse pour cette raison de sortir de chez elle, mais reste active, gaie et sans aucun trouble mental.

22 août 1912. — Pendant une absence de son mari et de sa fille, elle est réveillée en sursaut la nuit par un bruit assez fort dans un logement voisin du sien. Croyant à un cambriolage, elle s'enferme chez elle, brise ses meubles, jette par la fenêtre les objets légers ou inflammables, déchire ses rideaux et ses draps de lit et ne prend aucune nourriture.

Sa famille la trouve quatre jours après dans un état d'agitation extrême, les cheveux épars, négligeant les soins hygiéniques les plus élémentaires. Loquace, incohérente, désordonnée dans ses paroles et dans ses actes.

30 août 1912. — Elle est internée à Sainte-Anne. Son certificat porte : « Excitation maniaque, désordre dans les idées, propos incohérents, assonances. Manie intermittente probable.

Depuis cette époque son état s'est assez peu modifié. Cependant elle a consenti assez facilement à s'alimenter et elle revoit les siens avec plaisir, mais elle reste très agitée, extrêmement loquace. Avec des propos désordonnés, elle passe sans transition d'une idée à une autre. Illusion de fausses reconnaissances, elle prend le Dr Boutet pour son petit-fils et la surveillante pour une de ses parentes.

Idées vagues de persécution : depuis le mois de juillet on a joué le cinéma dans sa chambre ; on lui a envoyé des rayons du haut de la tour Eiffel. Aucune désorientation ni dans l'espace ni dans le temps, elle sait où elle est et la date approximative. Elle reconnaît les siens et s'intéresse à eux.

La mémoire, suffisante pour les faits récents, est excellente pour les faits anciens. Elle a donné elle-même les dates de naissance exactes de ses enfants. Son sens critique n'est pas affaibli. Etat physique bon, vue basse, reflexe lumineux faible. Les autres sont normaux. Sensibilité intacte. Rien d'anormal dans les veines.

OBSERVATION XXVIIII (personnelle)

B... Lucie, femme O...

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-cinq ans d'une gastrite ou d'une tumeur abdominale.

Mère cinquante ans en bonne santé. Pas d'internés dans la famille.

Antécédents personnels. — A été formée très tard ; n'est pas réglée ; n'a jamais été malade.

Deux enfants : une fille née en 1898 et un petit garçon né en 1903.

Le premier accouchement s'est très bien passé à tous points de vue et il n'y a eu à cette occasion aucune manifestation névropathique.

Venue à Paris en 1900 pour s'établir mais a dû cesser son commerce au bout de six mois par suite de mauvaises affaires et a eu beaucoup d'ennuis.

Lors de la deuxième grossesse, accidents de la délivrance et infection.

Apparition des troubles lors du sevrage de l'enfant.

Cette malade a été internée une première fois en 1904 et dans les conditions suivantes :

27 mai 1904. — Sa famille demande son internement et le médecin qui la traite indique que depuis deux mois elle présente des troubles mentaux très caractérisés, surtout par des idées de persécution systématisées. Ces idées de persécution sont dues à un état d'auto-intoxication organique provenant vraisemblablement de la puerpéralité, car c'est à la suite de sa dernière couche et d'accidents de la délivrance que ces idées délirantes sont apparues au moment du sevrage. Voici le certificat du médecin :

Actuellement la malade se prétend hypnotisée par une personne qu'elle ne veut pas désigner et qui la fait s'envoler dans les airs en chemise après l'avoir endormie. Elle entend la voix de celui qui l'hypnotise et cette voix lui dit qu'on

l'empoisonne en plaçant du poison non seulement dans les médicaments mais aussi dans les aliments.

A certains moments la malade parle avec animation et est en proie à une grande excitation et le délire de persécution dont elle est atteinte devient absolument caractérisé.

Les idées de persécution que présente Mme O..., et qui peuvent être considérées comme les manifestations d'un délire toxi-infectieux constituent un danger pour la malade et pour la sécurité publique et je conclus qu'il est urgent de la placer dans un asile.

Signé: Dr Bérillon

28 mai. — Amenée à Saint-Anne elle est examinée par le Dr Magnan qui déclare:

Est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. On l'hypnotise, on veut la faire mourir, elle est pleine de poison !

La malade est évacuée à Maison Blanche.

2 juin 1904. — Elle est examinée par le Dr Taguet, dont voici le diagnostic et l'observation :

Délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale. C'est par l'hypnotisme qu'on lui parle, qu'on l'insulte, qu'on voudrait lui faire commettre des actes coupables. A demandé à être mise à la camisole pour éviter qu'on l'oblige à courir dans les airs en chemise. Accouchée depuis quelques mois.

17 juin 1904. — Après un nouvel examen on trouve l'observation suivante :

Délire de persécution avec hallucinations persistantes de l'ouïe et troubles nombreux de la sensibilité générale. S'est livrée à des voies de fait sur l'interne qu'elle accuse de lui en vouloir, de lui donner des boutons, la jaunisse, une hernie. Il n'a pas été possible de la laisser à l'infirmerie en raison de ses menaces et de son agitation.

Dr Taguet

25 juin 1904. — La malade est ramenée à Saint-Anne et examinée à nouveau. Voici le diagnostic :

Est atteinte du délire de la persécution avec hallucinations des sens.

Dr Dubuisson

Elle raconte qu'elle n'est pas réglée parce qu'on l'a hypnotisée depuis sa naissance, c'est pour cela qu'elle est anémique.

Chez elle, elle entendait taper et croyait que c'était une machine à écrire ; elle entend des voix qui lui rappellent des ennuis de ménage, elle sent de mauvaises odeurs ; elle rit de de temps à autre sans raison et cesse tout à coup de répondre aux questions et se renferme dans un mutisme complet.

5 juillet 1904. — La malade est ramenée à Sainte-Anne d'où elle sort le 5 novembre 1905.

Son deuxième internement s'est produit quelques jours après.

10 décembre 1905. — Elle est envoyée au dépôt avec un certificat ainsi conçu :

Débilité mentale, troubles de la sensibilité générale, illusions visuelles, hallucinations auditives, peut-être aussi psychomotrices, néologismes nombreux. On la force à parler de tête, on lui raconte sa vie passée, on lui communique des antécédents. Brûlures, poussées et gonflements. Exhibitions. Viols dégoûtants. Interprétations. On a décollé les omoplates de ses enfants, etc.

Dr de Clérambault

11 décembre 1905. — Elle est examinée par le Dr Magnan qui fait le diagnostic suivant :

Est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale ; idées mélancoliques et de persécution ; excitation passagère.

Envoyée à Maison Blanche elle en sort le 17 avril 1907 après constatation suivante :

Est atteinte de dégénérescence mentale avec idées de persécution ; troubles nombreux de la sensibilité générale. Peut-être transférée.

Signé : Dr Lwoff

Arrivée à Saint-Anne elle est examinée le 18 avril 1907.

Débilité mentale avec idées de persécution et hallucinations correspondantes.

Dr Dubuisson

19 mai 1908. — Elle donne lieu à l'observation suivante : Stéréotypies, négativisme, refuse de donner la main. Blésité, néologismes (voyanches, préanches). Verbigération « tout bon, tout nouveau, tout bon ». Pas d'attaques cataleptoïdes.

On l'ennuie, on la viole, ôtez-vous de son moi. Sensations génitales. La voix parle de tête, de l'estomac. Sa mère lui parle : « Laissez moi monsieur. »

Hallucinations auditives et olfactives ; mémoire conservée pour certains faits, abolie pour d'autres ou altérée de façon diffuse.

Attention conservée, association d'idées automatique. Irritabilité ; moqueries ; pose de questions, propos incohérents.

En 1912 nous avons eu occasion de la revoir et le 6 décembre nous avons pu constater que son état est toujours sensiblement le même.

Elle marche toute la journée, ce qui lui occasionne de l'enflure des jambes ; elle a toujours ses hallucinations et ses troubles de la sensibilité ; elle souffre du feu intérieurement, elle a des idées incohérentes, sa mère ne vient pas la voir assez souvent et des phrases sans signification: « la vie crie pour y vivre ; il faut en prendre son parti, elle présente un sourire stéréotypé, plus d'hallucinations auditives mais quelques hallucinations olfactives. Moins d'irritatabilité, mais toujours idées de persécution, fausse reconnaissance. « La surveillante est un assassin, elle lui fait continuellement du mal ». Périodes d'excitation : accuse son entourage, veut frapper la surveillante et les infirmières.

OBSERVATION XXX (Personnelle)

(Service de M. le professeur agrégé Bonnaire, à l'hôpital Lariboisière. Salle Perreau, mai 1909.)

G... Constance, dix-neuf ans, plumassière.

Antécédents familiaux. — Le père est mort à quarante-huit ans, deux ans auparavant, de laryngite tuberculeuse compliquée d'intoxication éthylique chronique.

La mère est vivante et bien portante en général, mais elle a souvent des crises nerveuses et a commis une tentative de suicide ; elle a eu dix enfants dont huit sont morts en bas âge.

La sœur aînée de la malade (vingt-six ans) se porte assez bien, mais est toujours très triste.

Antécédents personnels. — G... n'a pas eu de maladie de la première enfance. Réglée à treize ans assez irrégulièrement elle a présenté fréquemment de la leucorrhée. Elle ne respire pas facilement par le nez : la muqueuse nasale est épaissie et on voit quelques végétations adénoïdes.

La voûte palatine est très ogivale, les dents sont assez bonnes. Pendant sa première grossesse en 1906 elle a souffert de vomissements au cours des trois premiers mois, de crampes des bras et des jambes, n'a pas eu d'albuminurie ni d'épistaxis.

11 avril 1907. — Accouchement au forceps d'une fille qu'elle allaite. L'enfant croît normalement et meurt à sept mois de méningite tuberculeuse.

Une seconde grossesse survient en 1908 (D. R., 20 août 1908) et évolue normalement, sans troubles notables.

G... accouche le 27 mai 1909 à sept heures du matin d'une fille normale et saine. La délivrance est également normale. Le soir même l'accouchée a une crise de larmes prolongée. La température reste normale, mais G... se plaint d'une céphalée intense.

28 mai. — Au matin l'analyse des urines révèle la présence de 4 grammes d'albumine. On institue la diète hydrique absolue et une purgation (Eau de Sedlitz) qui provoque plusieurs selles abondantes. La céphalée persiste.

29 mai. — La malade accuse des douleurs épigastriques, des troubles de la vue, et se montre très agitée.

Sa tension sanguine prise au moyen de l'pppareil à bracelet de Collin, est de 25. Une saignée de 300 grammes fait tomber cette tension à 19. On donne une entéroclyse de 1 litre et une potion à la teinture de veratrum viride (XXX gouttes). Le soir on donne 3 grammes de chloral et une nouvelle entéroclyse qui est suivie de selles abondantes. La céphalée disparaît mais la tension sanguine remonte à 21.

30 mai. — Il y a toujours 4 grammes d'albumine, la tension sanguine s'élève à 17, on continue le régime hydrique, mais l'agitation est toujours extrême.

Le 31 au matin, l'albumine a disparu, la tension sanguine est de 22. La malade se calme un peu, on lui donne un demi-litre de lait écrémé.

1er juin. — Il y a 1 gramme d'albumine. On donne : potion à la vératrine (XL gouttes), 3 grammes de chloral, deux litres de lait écrémé et un litre d'eau. La tension sanguine est de 17, la malade est moins agitée et urine deux litres.

2 juin. — Il y a 1 gramme d'albumine, même traitement, même régime, même état, sauf que la tension sanguine est de 16. La malade allaite régulièrement sa fille.

3 et 4 juin. — L'albumine a disparu, la tension sauguine est de 16. On ajoute au régime un potage maigre.

La malade est agitée pendant la nuit du 4 au 5.

5 juin. — Il n'y a pas d'albumine, la tension sanguine reste à 16. La malade refuse de donner à téter à sa fille qui, dit-elle, à des poux. Elle pleure et crie en déclarant qu'elle veut partir ; elle accuse la surveillante de lui mettre continuellement un thermomètre dans le dos. Le soir, elle délire à mi-voix et la nuit du 5 au 6 est très agitée.

6 juin. — La malade n'a ni température, ni albumine, sa tension sanguine est normale, elle mange un peu, mais refuse

toujours de donner le sein à sa fille ; elle passe la journée à crier et à pleurer.

L'état reste le même, pendant la journée du 7.

8 juin. — L'agitation persiste. G... se dresse le matin sur son lit et écrit au crayon sur sa feuille : « Je pars sur ma demande et j'emmène mon enfant. »

L'albumine reparaît dans les urines : 25 centigrammes et la tension sanguine s'élève à 18. La malade répète doucement, obstinément : « Je veux m'en aller, après ce que j'ai vu !... j'ai vu, j'ai compris qu'on me refusera tout secours... on m'a laissé le thermomètre 20 minutes... on ne m'a pas montré ma fille, pour que je l'embrasse... je me doute de quelqu'un en bas... » Elle pleure continuellement.

9 juin. — Il y a 75 centigrammes d'albumine et la malade se calme un peu.

10, 11 et 12 juin. — L'état général ne se modifie pas plus que le taux de l'albumine. La malade urine environ trois litres par jour avec une tension sanguine de 16. Sa mère et sa sœur viennent la chercher, elle sort le 12 encore agitée.

TROISIÈME CATÉGORIE

TROUBLES ATTRIBUABLES A L'ANÉMIE et à la misère physiologique ou morale, qui peuvent soit avoir servi de cause essentielle, soit de déclic chez des femmes ayant déjà des tares névropathiques.

OBSERVATION XXXI (Privat XVI)

Marguerite F..., accouche le 10 janvier 1903 et entre à l'hôpital le 17 septembre. Après son accouchement elle a allaité son enfant, mais peu à peu elle s'est anémiée et elle a perdu l'appétit. A ce moment ont commencé les troubles psychiques, elle s'attriste, elle pleure. A son entrée elle a des préoccupations maladives, de l'aboulie et des idées de suicide, et tombe dans un état de mélancolie profonde. A l'examen gynécologique, on ne trouve que quelques ulcérations du col qui est curretté ? Peu à peu son état général s'améliore en même temps que son état mental et elle sort guérie le 6 décembre 1903.

OBSERVATION XXXII (Dupouy XI)

Marthe D..., trente-six ans, entre à Sainte-Anne le 15 mai 1904 avec le certificat suivant du Dr Magnan :

Dégénérescence mentale avec hallucinations, idées pénibles, turbulence, insomnies, hémorragies utérines.

Cette femme dit avoir des métrorrhagies depuis deux ans,

actuellement elle perd depuis quinze jours sans arrêt, elle présente un état anémique extrême, téguments et muqueuses sont complètement décolorés, pouls petit, irrégulier. La malade a des vertiges et des éblouissements. Elle a des hallucinations très vives, elle voit des animaux, des diables. Cette femme n'a jamais eu d'enfant, mais a fait plusieurs fausses couches, l'utérus est dur et l'on pense à l'existence de fibrome. La laparotomie exploratrice montre qu'elle est enceinte, mais devant la gravité des hémorragies on se décide à pratiquer l'avortement. Elle se rétablit très vite et est envoyée à l'asile de Villejuif d'où elle sort guérie le 10 juillet 1904.

OBSERVATION XXXIII

V..., Marie-Eugénie femme Q..., née en 1878.

Cette malade a été internée à trois reprises différentes coïncidant chaque fois avec un accouchement ou une fausse couche et il semble bien qu'il y ait eu chaque fois une cause juxtaposée à la puerpéralité pour provoquer les troubles mentaux.

Voici l'histoire de cette malade.

Antécédents héréditaires. — Aucuns.

Le père âgé de soixante-cinq ans et la mère âgée de cinquante-cinq ans sont vivants et en bonne santé, ils ont eu cinq enfants vivants et en bonne santé.

Antécédents personnels. — Son premier accouchement date du 21 juin 1902 et s'est fait dans des conditions pathologiques. En effet, étant au septième ou huitième mois de sa grossesse, elle a été renversée par une bicyclette, l'accouchement s'est fait dans d'assez bonnes conditions, pas d'albumine, pas de température, mais il y a eu hémorragie à la délivrance.

Huit ou dix jours après commencent les troubles pathologiques et le 26 août 1902, c'est-à-dire deux mois après l'accouchement, sa famille est obligée de la faire interner, avec un certificat du Dr Magnet ainsi conçu. « Troubles céré-

braux très accentués, a sans cesse des idées de suicide ; son mari ouvrier se trouve dans l'impossibilité de la surveiller. A interner. »

Amenée à l'asile Saint-Anne, elle est vue par le Dr Dagonet le 27 août et il fait le diagnostic suivant : « Psychose puerpérale, confusion des idées, hallucinations, impulsions.

Evacuée le lendemain à l'asile de Ville-Evrard elle est placée dans le service du Dr Febvré et donne lieu au diagnostic suivant :

« Etat de stupeur avec agitation anxieuse très vive ; résistance à l'alimentation. Contusions multiples sur le corps. Affection d'origine puerpérale. A observer. »

13 septembre 1902. — Elle est toujours à Ville-Evard et son observation porte :

« Reste plongée dans la stupeur avec agitation anxieuse très vive. A maintenir. »

Enfin le 14 mars 1903, elle sort guérie sur la demande de son mari, mais présentant toujours de l'excitation maniaque.

Son deuxième accouchement est de décembre 1903. Elle accouche dans de très bonnes conditions d'une fille mort née et étranglée par un circulaire du cordon. Aucun accident puerpéral, aucun trouble psychique.

1er mars 1905. — Troisième accouchement très normal d'un enfant vivant ; l'accouchement n'a aucune suite pathologique et la malade ne présente aucun signe mental.

13 janvier 1909. — Il se produit un fausse couche de cinq mois d'origine indéterminée. La malade doit être transportée dans le service du professeur Doléris à Saint-Antoine pour y subir un curettage, le col s'étant infecté et immédiatement après le curettage apparaissent de nouveau des troubles psychiques, de l'agitation. Elle est envoyée à l'asile de Villejuif où elle reste six semaines pour sortir guérie à fin avril 1909.

Enfin le 13 octobre 1912 se produit le cinquième et dernier accouchement. La dame V... met au monde à Saint-Antoine une fille morte, le 10 novembre, et l'accouchement a été difficile, après une grossesse rendue assez pénible par des vomissements très fréquents. L'accouchée ne présente pas

de température, mais elle a peu de lait et presque aussitôt après l'accouchement elle manifeste pour la troisième fois des troubles mentaux qui nécessitent son internement.

Le Dr Magnet signe le certificat suivant à la date du 6 novembre 1912.

Troubles mentaux avec prédominance de signes mélancoliques.

Envoyée à Sainte-Anne elle est vue le 7 novembre par le Dr Briand qui constate :

Dépression mélancolique, hallucinations probables. Mutisme, possibilité de folie intermittente, déjà traitée.

La malade a été évacuée à Ville-Evrard et le 10 novembre on constate.

Très déprimée ; cause à peine, il faut lui arracher les réponses. Dit cependant bien qu'elle est à Ville-Evrard et qu'elle y a déjà été internée mais ne peut dire l'année.

Examinée le 23 novembre 1912 la malade est triste, parle très peu, et présente une inhibition extrême avec perte de mémoire. On lui pose quelques questions, elle répond peu ou pas.

Commment allez-vous ? — Cela va mieux.

Pourquoi êtes-vous triste ? —...

Où êtes-vous ? — A Ville-Evrard.

Qu'est-ce-que Ville-Evrard ? —...

En quelle année sommes-nous ? —...

Quel âge avez-vous ? —...

Elle se rappelle être déjà venue à Ville-Evrard mais ne peut dire l'année.

Il y a une lenteur extrême de l'idéation. Ainsi elle dit avoir deux petits garçons, mais ne peut dire leur âge.

Elle doit avoir eu une petite fille, mais ne se rappelle pas quand, ni ce qu'elle est devenue, ni le nom qu'elle lui avait donné.

Elle est complètement anéantie, ne présente aucun délire apparent mais des hallucinations auditives.

On lui ordonne de se lever, elle reste assise, on lui demande à quoi elle pense, elle répond qu'elle voudrait aller chez elle.

Elle sait qu'elle habite Nogent-sur-Marne mais ignore le nom de la rue et ne se rappelle pas son propre nom.

Elle ne manifeste aucun désir, aucune idée personnelle, reste toujours seule assise ou debout dans la cour ; il faut la conduire et aller la chercher pour les repas, la mettre à table et lui dire de boire et de manger, ce qu'elle fait sans difficulté. Elle s'habille et se débarbouille seule lorsqu'on le lui dit mais ne se peigne pas.

12 décembre 1912. — Les symptômes d'affectivité sont revenus en partie. La malade pleure quand on lui parle de son mari, elle parle peu et semble moins déprimée ; quelques jours avant elle a semblé répondre à des gens qui l'insultaient.

Elle demande sa sortie en disant qu'elle s'ennuie.

OBSERVATION XXXIV

L...

Antécédents héréditaires. — Nuls, autant qu'on a pu être renseigné.

Antécédents personnels. — Nuls.

En juillet 1910. — La malade accouche de son deuxième enfant. Accouchement normal sans complications. Depuis ses couches elle éprouve un malade indéfinissable sans cause précise.

L'infection n'est pas décelable dans l'histoire de la malade.

6 décembre. — La malade a des pertes de sang ; elle se plaint d'être poursuivie par des *idées noires*. Elle craint de toucher sa fille, elle a peur de la tuer, de se tuer elle-même.

Elle commence les préparatifs de plusieurs tentatives de suicide et va même jusqu'à des commencements d'exécution. Elle se met la corde au cou ; une autre fois elle prépare un verre d'esprit de sel quelle se propose d'absorber, etc., mais cela ne va pas plus loin, ce n'est pas une phobique pure.

Examinée de nouveau le 20 février 1911, le 6 mars et le

20 mars de la même année, on constate chez elle une amélioration très sensible, elle commence à s'intéresser aux choses du ménage.

Revue les 24 avril, 8 mai et fin mai, on s'aperçoit que les obsessions et les phobies ont repris.

Mais depuis fin mai 1911 jusqu'au 4 novembre 1912, elle est revenue à un parfait état physique et mental.

OBSERVATION XXXV

P... Alice, femme L..., couturière, vingt-cinq ans, née en 1886.

Cette malade en est à son deuxième internement.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts âgés, rien à signaler. Père mort d'une tumeur blanche du genou, caractère très égal. Mère quarante-huit ans; a eu des périodes de dépression où elle serait morte sans regret, pas de tendances au suicide, gaie sans exagération dans les intervalles. Oncles et tantes rien à signaler.

Sœur, dix-sept ans, rien d'anormal.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été nerveuse, craintive, émotive facilement; typhoïde à sept ans; arthrite du genou à treize ans.

Est tombée malade à l'âge de vingt ans, à la suite de contrariétés au sujet d'un projet de mariage. A été agitée au début, puis est devenue triste. Au bout de treize mois, elle s'est remise à parler sans divaguer, *comme si elle s'était réveillée.*

La période d'agitation avait duré quatre mois, puis elle avait été déprimée, l'agitation étant tombée progressivement et elle avait cessé complètement de parler.

Lorsqu'elle a été enceinte, c'est-à-dire en 1910, elle a eu des nausées, des vomissements, puis elle a eu beaucoup de contrariétés, craignant beaucoup de retomber malade; elle travaillait avec peine, accusait des douleurs dans le dos, elle ne mangeait plus et ne pouvait dormir, puis elle a commencé à divaguer, elle entendait son père (mort depuis deux ans)

qui l'appelait, elle ne pouvait tenir en place, allant chez tous les voisins et parlant sans discontinuer.

En 1907, cette malade dut être internée à l'Asile clinique.

18 février. — Le Dr Charpentier émettait le certificat suivant :

Est atteinte depuis huit jours de mélancolie avec excitation maniaque, délire, confusion dans les idées, réponses vagues, mémoire fugitive, insomnies, hallucinations, paroles à voix basse. Cette forme de folie enlève à la malade la conscience de ses actes et constitue un danger permanent pour sa sécurité.

19 février. — Le Dr Simon signait le certificat suivant :

« Est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations et illusions ; idées de persécution, mélancoliques et mystiques, excitation, loquacité, insomnies ».

La malade fut envoyée à Maison-Blanche, d'où elle sortit après un séjour de quatorze mois.

En 1911, nouvel internement coïncidant avec une nouvelle grossesse.

3 juillet. — Elle donne lieu au certificat suivant :

« Est atteinte d'excitation maniaque avec phénomènes confusionnels survenus au cours d'une grossesse. Elle aurait déjà été internée il y a trois ans à Maison-Blanche. Cet état s'accompagne de désordre dans les idées et de violences envers les personnes » (Dr Chantemesse).

4 juillet. — Elle est vue par le Dr Barbé, dont voici le diagnostic :

Excitation avec propos incohérents ; désordre dans les idées et les actes ; grossesse datant d'environ trois mois. (Dr Barbé).

18 juillet 1911. — « Même état qu'à son entrée ; excitation qui paraît due à une intoxication d'origine génitale. A maintenir » (Dr Barbé).

3 novembre 1911. — Nous pouvons examiner la malade et voici ce que nous pouvons constater.

La malade s'agite beaucoup, cause continuellement faisant une véritable salade de mots dans lesquels il est difficile de

retrouver des associations d'idées. Elle est extrêmement présente au milieu, a une attention spontanée très vive et l'on attire très facilement son attention sur un objet quelconque, clef, montre, monnaie, canif, etc., ce qui donne lieu à des réflexions telles que : « C'est la clef des rêves, ma mère aussi rêvait ». C'est une montre, ça va durer un quart d'heure ». C'est un ducat, c'est à vous ? » Associations d'idées par assonances.

M. le professeur Ballet l'interroge sur une localité qu'elle connaît et lui demande s'il y a une rivière. Réponse : « Il y a une rivière, il y a tout ce qu'il faut comme dans la Touraine, c'est la tourelle. »

Je lui montre une boîte d'allumettes.

« C'est une boîte d'allumettes. »

J'allume une allumette.

« C'est ça, pour vous éclairer comme veilleuse. »

Parfois cependant elle continue ses propos incohérents et pour provoquer une réponse de sa part, il faut généralement poser deux questions.

Quel âge avez vous? — Je suis toujours petite.

Où êtes vous née ? — ...

Vous n'en savez plus rien ? — Mon nez (elle met un doigt sur son nez).

Etes vous mariée, M^me^ Pinet ? — Oui madame Pinet est mariée.

Par instants elle pleurniche sous l'influence d'association d'idées d'un ordre particulier ; « On lui dit d'assassiner sa mère... elle ne veut pas. »

— Bandez-moi les yeux comme vous en avez l'habitude.

Je lui montre un nombre : 12.

Combien y a-t-il ? — ... 12... 12 ans. »

J'ai pu revoir cette malade en 1912 et voici ce que j'ai constaté.

Mouvement stéréotypé des jambes ; attention difficile à fixer ; ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Ne semble pas se rappeler qu'elle est venue au cours dimanche.

Modification du ton affectif ; s'est mise à pleurer devant

nous ; parle plutôt comme quelqu'un qui verbigère.

Paraît faire l'enfant, petites affectations de la façon de parler qui donne l'impression d'une dysarthrie.

Poids 66 kilos ; a maigri, face pâle ; dans les urines ni albumine, ni sucre.

J'ai revu la malade le 31 janvier 1913.

Elle parle incessamment et indistinctement, mouvement stéréotypé des jambes. On lui présente un parapluie, elle le saisit fortement et dit :

OBSERVATION XXXVI (Dupouy XXI)

Thérèse C...., ménagère, entrée à Sainte-Anne le 23 avril 1904.

Antécédents héréditaires. — Tuberculose paternelle et collatéralle. Six frères ou sœurs tuberculeux. Bronchite et hémoptysie treize ans auparavant. A eu six grossesses dont une terminée par une fausse couche. A eu beaucoup de fatigues et lors de son dernier accouchement elle a eu une violente émotion. Elle a commencé à délirer peu après. A son entrée elle pleure et se lamente, puis elle déclame, elle crie puis son état s'améliore un peu pour redevenir le même, idées délirantes polymorphes, hypochondrie. Malade très débilitée.

OBSERVATION XXXVII (Dupouy XXII)

Félicie L..., trente et un ans, entre à Sainte-Anne le 1er juin pour dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, idées de persécution, tendance au suicide.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-cinq ans, tuberculeux, mère de caractère bizarre, idées noires. Cinq frères ou sœurs tous morts de tuberculose.

Antécédents personnels. —A toujours toussé. A eu quatre enfants tous débiles. Son dernier accouchement a eu lieu en janvier, il s'est bien passé, elle a dû cesser d'allaiter à cause de son état d'épuisement. Depuis février, à la suite de fatigues,

elle a commencé à perdre la mémoire puis elle est devenue irritable et a eu de l'insomnie, de la céphalée et des hallucinations avec idées délirantes ; délire interprétatif et prédominances d'hallucinations auditives.

OBSERVATION XXXVIII (Dupouy XVI)

Joséphine B..., ménagère, accouche le 2 février 1904. Un peu d'albumine dans les urines; neuf jours après, légère lymphangite du sein. Sort de l'hôpital très affaiblie. Elle reprend ses occupations et allaite son enfant. Le 15 mai elle entre à Sainte-Anne avec le diagnostic : accidents mélancoliques paraissant d'origine puerpérale, hallucinations, idées de persécution.

Son caractère est devenu triste, elle a peur, elle ne sait pas où elle se trouve, elle refuse de manger. Evacuée sur Maison Blanche avec le certificat : Dépression consécutive à l'état puerpéral, idées confuses de persécution, plusieurs tentatives de suicide.

Le 1er septembre la malade est améliorée, mais elle reste toujours hypochondriaque.

CONCLUSIONS

En examinant les observations que nous venons de publier on voit que sur l'ensemble des 38 cas envisagés on trouve 6 cas de mort, 15 cas de guérison ou de grande amélioration et 17 cas où les troubles ont persisté à peu près sans modification, ce qui fait moins de 50 o/o de terminaisons heureuses.

Nous les avons divisées en trois catégories qui rentrent à peu près dans la classification indiquée par notre regretté maître, le professeur Gilbert Ballet.

La première série comprend les cas dans lesquels les troubles psychopathiques se sont produits chez des malades plus ou moins gravement infectées. Quelques-unes de ces malades avaient des antécédents neuropathiques soit héréditaires, soit personnels qui n'ont pu que faciliter l'éclosion des troubles. C'est le cas en particulier de notre observation n° XIX.

C'est dans cette série que les terminaisons fatales sont le plus nombreuses (5 décès) mais ces morts sont le fait de la virulence et de la généralisation des infections et ne peuvent être imputées aux

troubles mentaux. Cette série rentre dans la seconde et la troisième classe du professeur Ballet.

Une deuxième série a trait aux malades chez lesquelles on peut incriminer une auto-intoxication, soit par arrêt de la menstruation, soit par arrêt de la lactation comme dans les observations XVIII, XXVIII et XXIX soit par insuffisance thyroïdienne, hépatique ou rénale comme dans notre observation personnelle numéro XXX. Dans cette série nous trouvons un décès, mais nous trouvons aussi, à côté de quelques guérisons, plusieurs récidives lorsque la puerpéralité fait de nouveau sentir son action.

Les cas de cette série rentrent dans la première et la quatrième classe de Ballet.

Enfin la troisième série comprend les cas rentrant dans la cinquième classe : troubles mentaux, mélancolie, confusion mentale chez des malades qui n'ont présenté ni infection, ni auto-intoxication décelable.

Ce sont ces malades chez qui on peut mettre en cause l'anémie consécutive soit à des hémorragies graves (observations personnelles n° XXXIII et XXXIV), soit à des excès de fatigue, à l'allaitement, au surmenage moral, à toutes les causes de misère organique qui peuvent influer sur la vitalité de la femme.

Ces observations personnelles sont corroborées par celles que nous avons trouvées dans la thèse de Dupouy et cette déchéance physiologique est peut-être la meilleure explication que l'on puisse trouver des troubles mentaux chez cette catégorie de malades.

Comme nous l'avons dit, il y a quelques cas de guérison dans les observations de Privat de Fortunié et de Dupouy, mais chez nos malades, nous avons noté la persistance des troubles psychopathiques ou leur récidive lorsqu'il y avait eu des guérisons passagères et l'on ne saurait être trop prudent dans le pronostic.

Les infections, les anémies peuvent guérir et les accidents mentaux rétrocéder, mais la récidive se produira facilement, quelquefois longtemps après et sous l'influence d'une cause toute différente, traumatisme, émotion ou commotion nerveuse trop violente comme nous en avons l'exemple dans notre observation XXXIII et les cerveaux qui ont déjà subi une première ou plusieurs atteintes antérieures se trouvent de nouveau déséquilibrés.

Vu : le Président de la thèse,
P. MARIE

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Vice-Recteur de Académie de Paris,
L'Inspecteur l'Académie
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 3398-17